

Trabalho de Conclusão de Curso

Estética Dental e Saúde

Gabriela Prado Martins



**Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Gabriela Prado Martins

ESTÉTICA DENTAL E SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Odontologia da
Universidade Federal de Santa Catarina
como requisito para a graduação.

Aluna: Gabriela Prado Martins
Orientadora: Renata Gondo

Florianópolis

2016.

Gabriela Prado Martins

ESTÉTICA E SAÚDE

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para a obtenção do título de cirurgiã-dentista e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 17 de Outubro de 2016.

Prof^a. Dr^a. Daniela Lemos Carcereri, UFSC
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Prof^a, Dr^a. Renata Gondo, UFSC
Orientadora

Prof^a., Dr^a. Sheila Cristina Stolf, UFSC
Membro

Prof^a., Dr^a. Vanessa Carla Ruschel, UFSC
Membro

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus avós, **Nadir** (*in memoriam*) e **José Carlos**, por serem o maior exemplo de amor e cumplicidade de toda minha vida.

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo, agradeço a **Deus**, por me conceder a vida. Obrigado por atender aos meus pedidos e me confortar nos momentos de angústia. Obrigada por colocar tanto amor e alegria na minha vida. Que eu seja capaz de agradecer a todos os que contribuíram para a minha formação.

A minha orientadora, professora doutora **Renata Gondo Machado**, pelas palavras de motivação e por acreditar desde o começo na minha ideia. Obrigado por entender as minhas limitações e dúvidas e me conduzir ao melhor caminho com tanta tranquilidade. Parabéns pela profissional inspiradora e mulher/mãe exemplar que és. Você é um modelo para todos os apaixonados pela Odontologia. Muito obrigado!

Aos meus **Pais**, que fizeram o possível e impossível para que eu realizasse meu sonho, e que são a única certeza de que nunca estarei sozinha. Muito obrigada por toda a dedicação e esforço. É por vocês que eu faço bonito.

Agradeço aos meus **Avós, Nadir (in memoriam) e José Carlos**, por simplesmente se fazerem presentes e demonstrar através da própria vida, o quanto vale a pena lutar pelos meus sonhos. Obrigada por todo esforço feito para me ver feliz.

Aos meus irmãos, **Ricardo e Matheus**, por me mostrar que na diferença existe muito amor e respeito. Obrigada por me permitir ser a filhinha do papai, rs. Amo muito vocês.

A minha tia **Silvana**, que é a minha maior incentivadora e inspiração, e que sempre reafirma a minha decisão. Muito obrigada por me mostrar que estou em um caminho de amor e felicidade.

À minha dupla **Maria Augusta**, que vai permanecer para sempre na minha vida e no meu coração. Obrigada por simplesmente ser a pessoa que é e me tornar uma pessoa melhor por isso. Obrigada por trazer tanto amor e paz para o meu coração. Estaremos juntas sempre. Parabéns pela sua integridade e honestidade. A amizade verdadeira é um dom inabalável.

Ao meu namorado, **Rodolfo**, por estar do meu lado em todas as minhas conquistas e batalhas. Obrigada por me incentivar e ser um exemplo de persistência e sucesso.

Aos meus **verdadeiros amigos**, recentes ou de longa data, mas verdadeiros, com quem pude contar, aos quais pude pedir ajuda em momentos difíceis e pude desabafar, com quem dei muitas risadas e guardei tantas outras para repetir e repetir, muito obrigado! Agradeço a minha amiga **Dayana** por trazer tanta alegria para minha vida, por confortar meu coração e entender as minhas angústias.

As minhas amigas e colegas de profissão, **Gabrielle Branco e Bruna Salomoni**, por se disponibilizar a ajudar durante todo o trabalho e serem pessoas tão amorosas comigo, vocês foram peças essenciais para a minha formação acadêmica e pessoal. Muito Obrigada.

As minhas colegas de profissão, **Luiza Guerra e Carolina Taguchi**, que me doaram seu tempo e com muito carinho me ajudaram até a reta final. Sem vocês esse trabalho não teria acontecido dessa maneira. Ao **Paulo**, que também ajudou muito no final do meu trabalho. Muito obrigada.

Aos membros da minha banca, **Vanessa e Sheila**, que aceitaram o convite de fazer parte dessa nova etapa da minha vida. Muito obrigada por lerem o meu trabalho e contribuir para o meu crescimento.

Aos **professores da UFSC**, que me ajudaram no decorrer da graduação, com um ensinamento, uma palavra de incentivo, uma demonstração de amor pela profissão, muito obrigado! De muitos, ouvi conselhos que levarei para a vida.

Aos **servidores** da UFSC, que, de alguma maneira, contribuíram para este trabalho, com palavras de incentivo ou com sua participação direta ou indireta.

À **Universidade Federal de Santa Catarina**, que possibilitou minha formação e a realização deste trabalho.

*Nada do que vivemos tem sentido, se não
tocarmos o coração das pessoas.*

Cora Coralina

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar o impacto dos procedimentos estéticos dentais na saúde e na qualidade de vida de pacientes. **Metodologia:** Foram selecionados 50 pacientes submetidos a procedimentos estéticos dentais. A pesquisa foi realizada através de um questionário simplificado do *Oral Health Impact Profile* (OHIP14), que indica os aspectos da qualidade de vida mais afetados pelo estado de saúde bucal e é um forte aliado no estabelecimento de melhores abordagens para atendimento integral ao paciente. O questionário foi constituído de perguntas que abrangem as dimensões: Limitação Funcional, Dor, Inabilidade Física, Inabilidade Psicológica e Inabilidade Social, além de perguntas abertas para avaliação da percepção estética e de satisfação referente ao tratamento. As entrevistas foram realizadas individualmente. **Resultado e Discussão:** Entre todas as perguntas do instrumento aplicado (OHIP), a que obteve maior pontuação se refere a Dimensão Inabilidade Psicológica e mesmo nos pacientes onde esse indicador não foi relevante, o que indica menor percepção do impacto da condição bucal na sua qualidade de vida, a questão da vergonha é bastante ressaltada. **Conclusão:** Verificou-se no grupo de pessoas desse estudo, que a presença de alterações estéticas dentais pouco interfere na capacidade de elas realizarem suas atividades diárias e de se relacionarem no meio em que vivem, embora provoquem impacto negativo na dimensão de qualidade de vida relacionada a Inabilidade Psicológica.

Palavras-Chave: Estética – Qualidade de vida – Odontologia

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the impact of dental aesthetic procedures in patients health and quality of life. **Methods:** 50 patients submitted to esthetic dental procedures were selected. The research was conducted through a simplified questionnaire Oral Health Impact Profile (OHIP14), which indicates the most affected aspects of life quality by the oral health condition. And it is relevant for the establishment of better approaches in patients full assistance. The topics of the questionnaire questions were: Functional Limitation, Pain, Physical Disability, Psychological Disability and Social Disability, besides open-ended questions about patients esthetic perception and treatment satisfaction. Each interview was individually made. **Results and discussion:** Among all topics of the applied instrument (OHIP), the highest score was the one about Psychological Disability, even in patients that this parameter was not relevant, which show less perception of the impact of oral health condition in their quality of life. A really emphasized point was the patients embarrassment. **Conclusion:** Was verified in this study group which the presence of dental esthetics modifications did not have significantly changes in their ability to perform daily activities and in their relation with the environment they live, although causing negative impact when we associate quality of life scale and Psychological Disability.

Keywords: Esthetics - Quality of Life - Dentistry

LISTA DE SIGLAS

CEPSH - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

OHIP - Oral Health Impact Profile

% - porcentagem

E (n) – Entrevistado (número de identificação individual)

ATM – Articulação Temporomandibular

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição do percentual atribuídos a problemas para falar por causa dos seus dentes.....	35
Gráfico 2. Distribuição do percentual atribuídos a possíveis sensações dolorosa por causa dos seus dentes.....	37
Gráfico 3. Distribuição do percentual atribuídos a dificuldade de alimentação devido ao problema com os dentes.....	40
Gráfico 4. Distribuição do percentual atribuídos a dificuldade de se relacionar por causa dos problemas com seu dente.....	41
Gráfico 5. Distribuição do percentual atribuídos a dificuldade de realizar atividades diárias por causa de problemas com seus dentes.....	43
Gráfico 6. Distribuição do percentual atribuídos a influência da opinião do outro sobre a própria aparência.....	45
Gráfico 7. Total de Pontos por Dimensão do Questionário Oral Health Profile.....	46
Gráfico 8. Distribuição do percentual atribuídos a satisfação dos entrevistados com o procedimento realizado.....	47
Gráfico 9. Distribuição do percentual atribuídos a modificação na própria vida após o procedimento.....	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dimensões OHIP. Florianópolis, 2016 (N=50)	34
---	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	20
2.1. Mídia e Estética.....	20
2.2. Saúde e qualidade de vida.....	21
2.3. Auto percepção x Idade	22
2.4. Anomalias dentárias.....	24
2.5. Fluorose	25
2.6. Influência Psicossocial da estética	26
2.7. Satisfação estética	26
3. OBJETIVOS	28
3.1. Objetivo Geral	28
3.2. Objetivos Específicos	28
4. MATERIAL E MÉTODOS.....	29
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
5.1. Características da Amostra.....	32
5.2. Queixas e procedimentos realizados	33
5.3. Dimensões de qualidade de vida	35
5.4. Percepções sobre o Tratamento	48
6. CONCLUSÃO.....	52
REFRÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
APÊNDICE I - Parecer do CEP	61
APÊNDICE II – Termo de consentimento Livre e Esclarecido	64
APÊNDICE III – Documento Explicativo	67
APÊNDICE IV – Instrumento de Coleta de Dados	68

1. INTRODUÇÃO

A odontologia, assim como as demais ciências da área da saúde, passou por diversas etapas na sua trajetória, iniciando através de um conhecimento empírico, na Idade Antiga até o pré-cientificismo. Esse processo perdurou até o surgimento de escolas especializadas na prática odontológica, iniciando assim a fase científica (ELIAS et al., 2001).

Juntamente com o desenvolvimento da odontologia como ciência, as escolas especializadas proporcionaram aos indivíduos e profissionais uma série de possibilidades de tratamento, incluindo os curativos, preventivos e estéticos.

Quando se trata da estética, as exigências que a sociedade faz com relação a aparência tem consequências sobre a medicina e a odontologia, fazendo com que os profissionais dessas áreas, além dos cuidados com as funções orgânicas de seus pacientes, procurem modificar as características não atraentes, tornando-as esteticamente mais satisfatórias (JACOBSON, 1984).

A incessante busca pela estética tem como objetivo a realização pessoal, e diversos estudiosos têm demonstrado que as pessoas belas têm vantagens sobre as demais. Essas vantagens têm início no nascimento e persiste até a idade adulta (BREECE & NIERBERG, 1986; OTTA et al., 1992). Independentemente da faixa etária, os problemas bucais geram consequências negativas na autoestima e autoconfiança do indivíduo, o que repercute sobre a qualidade de vida (ASSUMPÇÃO JR. et al., 2000; KUCZYNSKI, E; PAL, 1996).

O impacto na autoestima do paciente é evidente quando se trata de complexas reabilitações orais, principalmente através de próteses totais e parciais (MORI et al., 2003)

Entretanto, há influência dos tratamentos estéticos restauradores, na recriação de um ambiente mais favorável ao indivíduo em seu universo de relações interpessoais (BEDER, 1971). Logo, os procedimentos estéticos não devem ser considerados apenas para restabelecer a vaidade, já que estes, como demonstrado em diversos trabalhos, apresenta impacto psicossocial.

Sendo assim, procurar restituir a autoestima abalada, ou mesmo perdida, significa oferecer aos indivíduos, desprovidos de uma boa condição de saúde e

estética bucal, um tratamento reabilitador digno, que lhes proporcione bem-estar e lhes permita falar, sorrir, reintegrar-se ao convívio social e, enfim, viver em harmonia com o contexto a sua volta.

Desse modo, considerando o termo qualidade de vida como a percepção de satisfação em relação aos aspectos físicos, emocionais, de bem-estar, relações sociais, estilo de vida, habitação e situação econômica, a insatisfação estética pode ter influência sobre as dimensões que envolvem a integridade psicológica, social e funcional de um indivíduo (MINAYO: HARTZ; BUSS, 2000).

A vista disso, esta pesquisa pretende expor o impacto que procedimentos estéticos dentais podem ter sobre a saúde e qualidade de vida dos pacientes, e através disso, embasar futuras condutas clínicas diante das necessidades de cada sujeito.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Mídia e Estética

Diante de uma visão geral, o indivíduo frente a sociedade de consumo, tende a repassar ao ser humano o desejo pela plasticidade do seu próprio corpo. Através da mídia, outdoors, desfiles e novelas, é passada a ideia de que as rugas, flacidez, queda de cabelo, e outros fatores estéticos que acompanham o envelhecimento, devem ser derrotados com os cosméticos, e todos os recursos que a indústria da estética e embelezamento oferece (VILAÇA; GÓES, 1998).

De acordo com Cury (2005), esta sede de embelezamento pode ser chamada de ditadura da beleza. Esta busca incessante faz com que, por exemplo, as mulheres possam perder o prazer de viver além de gerar uma guerra com o espelho. O autor assinalou que a auto rejeição surge conforme o padrão imposto pela sociedade vivente. Isso é visualizado nas inúmeras jovens japonesas que repudiam seus traços orientais. Por sua vez, mulheres ocidentais querem ter a beleza incomum e o corpo magérrimo das adolescentes das passarelas, que frequentemente são desnutridas e infelizes com a própria imagem. Mais de 98% das mulheres não se veem belas. Isso é considerado uma “loucura” para o autor, pois relata ser uma paranoia coletiva.

No que se refere ao comportamento humano diante da beleza do outro, pessoas consideradas belas são melhores aceitas, principalmente no primeiro contato. Este fato faz com que haja uma facilitação durante a interação social. E esta relação entre a beleza e a aceitação pode ser acompanhada desde a infância. Crianças são acostumadas com a beleza das princesas dos contos de fadas e a simpatia dos heróis. Entretanto, personagens como as bruxas e vilões são desprezíveis e feios. Portanto, o desenvolvimento até a fase adulta é fortemente marcado por estes conceitos inculcados em nosso imaginário. Seguindo esta mesma ideia, o autor afirmou que as crianças mais atraentes durante o convívio social na fase pré-escolar, também são as mais populares, e que é nessa fase da vida que se iniciam as manifestações de aversão a

determinadas características físicas, particularmente à obesidade (JACOBSON, 1984).

Em estudo recente, Goldstein (2000) descreveu a relação existente entre o bem-estar psicossocial e a imagem do corpo. Pessoas satisfeitas com a sua aparência e que se consideram atraentes e saudáveis tendem a ser menos vitimadas pela depressão, pela solidão e pela futilidade. A autoimagem comprometida pode ser mais prejudicial, do ponto de vista do desenvolvimento, do que um defeito físico. Quanto mais se concentra a atenção em uma área particular, maior a possibilidade de o indivíduo adquirir uma autoimagem negativa dessa região (RUFENACH, 1998).

Para muitos paciente, a aparência e a autoimagem são mais importantes que a saúde (SHEETS & LEVINSON, 1993).

2.2. Saúde e qualidade de vida

Segundo a OMS (WHOQOL, 1997), a qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Vários estudos apresentam a afirmação de que o conceito qualidade de vida, além de compreender uma representação subjetiva da sensação de bem-estar, é multidimensional e inclui tanto dimensões positivas, quanto negativas (ASSUMPÇÃO JR. et al., 2000; McGRATH; BRODER; WILSON-GENDERSON, 2004; SEIDL; ZANNON, 2004).

Na área da saúde geral, o interesse pelo conceito qualidade de vida é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas (SEIDL; ZANNON, 2004).

Geralmente, os indicadores de qualidade de vida associados a saúde são construídos sob forma de questionários compostos por perguntas que procuram medir, por meio de respostas organizadas, sob a forma de escalas numéricas, o quanto de aspectos da vida das pessoas nos domínios físico, psicológico,

material e social, entre outros são afetados pelas condições de saúde (SEVENHUYSEN; TRUMBLE-WADDELL, 1997; WALLANDER; SCHMITT; KOOT, 2001).

Embora os indicadores de qualidade de vida associados a saúde sejam considerados índices imperfeitos e, por isso, não possam ser completamente operacionalizados e diretamente medidos (WALLANDER; SCHMITT; KOOT, 2001), esse tipo de ferramenta possui capacidade de representar, sob a forma numérica, as diferenças entre pessoas e comunidades (SEVENHUYSEN; THUMBLE-WADDELL, 1997).

A OMS recomenda sobre a construção e o uso de instrumentos de medida do impacto da saúde na qualidade de vida, com o intuito de superar os aspectos de subjetividade e multidimensionalidade dos construtos. Quanto à subjetividade, propõe a inclusão de variáveis de avaliação objetiva e subjetiva. A avaliação objetiva deve incluir informações gerais sobre a condição biológica, comportamento e capacidade funcional, as quais dimensionarão o estado de saúde dos indivíduos. A avaliação subjetiva deve conter questionamentos sobre satisfação/insatisfação do indivíduo acerca do seu estado de saúde, em cada uma das informações, fator que determinará o tamanho da percepção dos indivíduos. Com relação à multidimensionalidade, o grupo recomenda a inclusão de, pelo menos, três dimensões: física, psicológica e social. Assim, os instrumentos devem considerar informações sobre aspectos de funcionamento do organismo, estado cognitivo e afetivo e questões sobre as relações interpessoais e os papéis sociais na vida dos indivíduos (LACERDA, 2005).

2.3. Auto percepção x Idade

Um fator de grande relevância quando se almeja a melhoria da condição de saúde bucal da população, e conseqüentemente, a qualidade de vida é a idade. Alguns estudos discutem as peculiaridades inerentes a cada faixa etária, classificando os indivíduos em grupos de crianças, adolescentes, adultos e idosos. Em qualquer faixa etária, a saúde e a estética bucal são consideradas importante para a autoimagem e o convívio social normal. Além disso, em uma

sociedade como a nossa, onde a preocupação com uma boa aparência física já é um consenso, a perda de um ou mais dentes implicaria em grandes alterações emocionais para os adolescentes, logo, tendo sua autoimagem prejudicada o adolescente pode perder sua autoestima, fazendo com que isto influencie nas suas relações pessoais, além de eventualmente produzir sentimentos de inferioridade (ELIAS et al., 2001)

Há trabalhos que descrevem que os grupos etários se distinguem quanto a percepção dos impactos gerados pelos agravos sobre a qualidade de vida, ressaltando, ainda, que crianças e adolescentes possuem uma visão peculiar de si próprio e do mundo, devido a fase de desenvolvimento físico e emocional em que se encontram (ASSUMPÇÃO JR. et al., 2000; KUCZYNSKI, E; PAL, 1996), e que os idosos, principalmente os institucionalizados e os dependentes, possuem uma auto percepção limitada (MELLO; MOUSÉS; CASTRO, 2009).

A criança passa a construir sua imagem diante do espelho a partir do auxílio de um medidor, o “o outro”, que na maioria das vezes, é representado pela figura do pai e da mãe. Essa mediação é fundamental para a constituição da consciência da criança sobre seu corpo, já que, inicialmente, este é percebido em partes, fragmentado (INOUE et al, 2006).

Damasceno et al. (2002) retrataram a influência da estética no desenvolvimento emocional da criança e, ainda, remeteram a ocorrência de alterações comportamentais e repercussões no seu ajustamento social à perda precoce de dentes decíduos, com subsequente comprometimento estético.

O adolescente forma uma imagem do próprio corpo a partir de estereótipos culturais, produto de suas vivências na interação social e, também, o resultado de suas próprias expectativas e fantasias (CAVALCANTI, 1988).

Já na fase adulta, estudos tem demonstrado que indivíduos na faixa etária de 35 a 40 anos de idade vêm buscando agressivamente formas de melhorar a aparência dentária, pois permanecem ativos em um mercado de trabalho bastante competitivo (QUALTROUGH & BURKE, 1994; HUNGERFORT, 2000).

2.4. Anomalias dentárias

Oliveira et al. (2014) observaram a associação entre o bullying no ambiente familiar e escolar, com alguns tipos de anomalias estéticas. O estudo relatou este tipo de assédio moral diante de anomalias como a Amelogênese Imperfeita, hipoplasia de esmalte e hipomineralização de incisivos e molares. A pesquisa expressou a importância de proporcionar um tratamento dental adequado quando a falta de estética é um passo significativo para a ocorrência de bullying e notou-se que após o tratamento odontológico houve uma melhora considerável na autoestima, autoconfiança, socialização e desempenho acadêmico. Para os autores, estética facial abrangendo a estética oral pode afetar gravemente a qualidade de vida das crianças, causando um prejuízo físico, social e psicológico.

Marquezin et al. (2015) descreveu a importância da reabilitação estética e funcional em crianças acometidas por Amelogênese Imperfeita do tipo hipoplásica. Segundo o estudo, as características estéticas e estruturais do mineral do esmalte relacionadas a esta alteração podem causar hipersensibilidade dentária e prejudicar o desenvolvimento psicossocial da criança. Esta sensibilidade dentária aumentada culmina no desconforto e na dor durante a mastigação, além de gerar atitudes psicológicas inadequadas. A reabilitação através de coroas metálicas e resina possibilitou uma melhora na estética, aproximando os dentes espaçados e melhorando a coloração marrom amarelada. Além disso, o tratamento promoveu o restabelecimento das funções orais, já que a mastigação era prejudicada pela hipersensibilidade dentária.

Algumas alterações estruturais do esmalte ou até mesmo de ausência dentária podem ter impacto sobre a vida social dos indivíduos acometidos. A hipodontia relatada no estudo de Meaney et al. (2011) foi descrita como ausência de um ou mais dentes (WHITTINGTON & DURWARD, 1996). Quando a percepção de um indivíduo em relação a sua aparência se inicia, impactos sobre a forma como eles se adaptam aos seus ambientes sociais podem ser afetadas. Os participantes deste estudo relataram esconder os dentes no seu convívio social pois não se sentiam esteticamente confortáveis. A principal motivação

para o tratamento era estética e no geral, todos os participantes estavam satisfeitos com seu tratamento no que diz respeito à aparência e durabilidade.

A hipodontia também foi estudada por Anweigi et al. (2013) onde os autores analisaram a influência que a hipodontia pode ter sobre a qualidade de vida dos pacientes. Os dados encontrados antes da realização do tratamento de reconstrução com resina composta mostraram que pacientes com hipodontia tinham um impacto negativo na qualidade de vida. Além disso, a pesquisa demonstrou que o item de maior prevalência foi o relacionado à preocupação com a aparência.

Destaca-se também o impacto positivo em relação ao fechamento de espaços com resina, diferentemente dos pacientes que estavam sobre tratamento ortodôntico, onde estes denunciaram uma insatisfação gradativa com o avanço do tratamento, já que este gerava grande espaço entre os dentes (ANWEIGI et al, 2013).

2.5. Fluorose

Santa-rosa et al. (2003) através de um estudo relataram o impacto do tratamento restaurador estético em dentes anteriores com fluorose. Em sua forma moderada ou grave provoca alterações funcionais e estéticas que podem interferir no desenvolvimento da personalidade e na integração no mercado de trabalho. Os relatórios de preocupação estética e constrangimento dos participantes por causa de seus dentes no início do estudo se demonstraram preocupantes. A redução significativa da prevalência do impacto psicossocial e funcional das disfunções orais após o tratamento com a restauração direta reforça descobertas anteriores de estudos sobre fluorose relacionando à insatisfação dos pacientes com sua aparência, baixa autoestima e sentimentos de exclusão social. Dois anos após a realização dos tratamentos restauradores diretos foram registrados melhorias significativas na prevalência destas dimensões, bem como a extensão do impacto funcional e psicossocial das doenças orais.

2.6. Influência Psicossocial da estética

Carvalho (2001), afirmou que a aparência tem se tornado fator de extrema relevância para as relações sociais, e salientou que um sorriso bonito, com a presença de dentes brancos, interfere na autoestima da pessoa, onde aqueles que não os tem se sentem excluídos.

Lukez et al. (2014) realizaram um estudo que objetivou determinar a influência psicossocial da estética do sorriso com um total de 155 indivíduos com idades entre 12-39 e variáveis associadas a proporção dental e facial foram consideradas para construção da pesquisa. Este estudo concluiu que a severidade da má oclusão é o mais importante fator de influência psicossocial da estética do sorriso e autoestima, além disso, afirmam que o sexo feminino está associado a maior influência psicológica da estética dental, enquanto o sexo masculino e o avanço da idade com a autoestima. Além disso, as maloclusões têm maior impacto psicossocial comparando com parâmetros de mini e micro estética do sorriso relacionados com a visibilidade de corredores bucais, quantidade de exposição dentes, exposição gengival, a espessura dos lábios, degrau oclusal e desvio da proporção áurea dos dentes. Ademais, declararam que as pessoas não são tão focadas em detalhes de seu sorriso quando os outros dentes estão mal posicionados.

2.7. Satisfação estética

Se tratando das queixas e grau de satisfação dos indivíduos em relação aos procedimentos estéticos, um estudo realizado na Turquia por Akarslan et al. (2009) objetivou em seu trabalho encontrar os fatores que influenciam a satisfação dos pacientes com a sua estética dental, considerando indivíduos que já receberam tratamentos estéticos anteriores e os que ainda desejam melhorar a sua aparência dental. A declarações de insatisfação incluíam comportamentos gerados por vergonha ou características específicas do sorriso. De acordo com o estudo, a maior parte dos pacientes estavam insatisfeitos com a cor dos seus dentes, seguido de aparência dental, apinhamento dos dentes anteriores,

esconder os dentes ao sorrir, restaurações não estéticas e dentes anteriores desproporcionais em volume. Restauração estética foi encontrado como o tratamento mais realizado recentemente e clareamento de dentes foi o tratamento dentário mais desejado. Muitos dos pacientes turcos pesquisados no estudo estavam insatisfeitos e desejavam a melhoria da estética dentária. Por isso, os dentistas devem considerar isso como uma dimensão importante na sua prática.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Avaliar a influência dos procedimentos estéticos dentais na saúde e qualidade de vida dos pacientes tratados por profissionais vinculados a Universidade Federal de Santa Catarina.

3.2. Objetivos Específicos

Avaliar a influência dos procedimentos estéticos relacionados a Dentística sobre a saúde e qualidade de vida dos pacientes, através de um questionário, abrangendo as seguintes dimensões:

3.1.1 Limitação Funcional

3.1.2 Dor

3.1.3 Inabilidade Física

3.1.4 Inabilidade Psicológica

3.1.5 Inabilidade Social

4. MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada após aprovação pelo Comitê de Ética (**apêndice I**) em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC) e mediante autorização concedida pelos participantes, realizada por meio do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**apêndice II**).

Para a composição da amostra deste estudo, foram selecionados 50 pacientes do Estado de Santa Catarina, de um universo de 100 indivíduos que foram submetidos a procedimentos estéticos, no período de 2012 a 2016, por meio de diversos profissionais da área vinculados a Universidade Federal de Santa Catarina. Os tratamentos estéticos selecionados para pesquisa foram: Facetas de Cerâmicas, Facetas de Resina, Coroas Cerâmica, Restaurações em resina composta Classe IV, Restaurações em resina composta para regularização de tamanho e forma dental e Clareamento Dental.

O questionário e o termo de consentimento Livre e Esclarecido foram coletados através de formulário on-line (Empresa: *SurveyMonkey Inc.*; Palo Alto, Califórnia, EUA/ Site principal: www.surveymonkey.com), com acesso por dispositivos móveis e/ou consultas clínicas, tendo como base a indicação dos profissionais que realizaram o tratamento odontológico estético nestes indivíduos. Os indivíduos abordados para responder o formulário online eram orientados antecipadamente sobre a obrigatoriedade de comparecer pessoalmente para receber e assinar uma cópia do termo de consentimento livre e esclarecido. O modelo de abordagem foi feito de forma direta ou com envio prévio do documento explicativo (**apêndice III**).

Foi aplicado um formulário especialmente desenvolvido com a finalidade de coleta de dados para a caracterização da amostra, incluindo as variáveis gênero, idade, situação civil, tempo decorrido desde o início do tratamento estético e qual o procedimento realizado. No momento seguinte, foi utilizado a forma simplificada do questionário do *Oral Health Impact Profile* (OHIP14) com

exclusão de algumas questões que não se aplicavam a pesquisa e/ou que durante o procedimento de pré-teste causaram algum tipo de desconforto aos pacientes. Este questionário está sendo bastante utilizado para indicar os aspectos da qualidade de vida mais afetados pelo estado de saúde bucal e é um forte aliado no estabelecimento de melhores abordagens para atendimento integral ao paciente. Esse instrumento permite indicar as dimensões da qualidade de vida afetadas pela condição de saúde bucal.

O questionário foi constituído de 5 perguntas (**apêndice IV**) (objetivas e subjetivas), que abrangeram 5 dimensões: Limitação Funcional, Dor, Inabilidade Física, Inabilidade Psicológica e Inabilidade Social. O formulário de questões incluiu 14 perguntas adicionais (**apêndice IV**) (objetivas e subjetivas) que avaliaram a percepção do participante em relação a satisfação com o tratamento e mudanças no cotidiano após o procedimento realizado. O local de aplicação do questionário foi determinado pelo próprio paciente, para seu maior conforto, sendo respondido individualmente.

Após leitura, o voluntário escolheu livremente a resposta a cada questão, entre 6 opções, conforme a Escala de Likert (Babbie) - Sempre, Com Frequência, às vezes, Raramente, Nunca e Não sei. Além disso, alguns entrevistados foram convidados de modo aleatório para realizar um depoimento sobre sua percepção do tratamento. Posteriormente, os dados foram exportados com vistas à composição de planilhas no Programa Excell® da Microsoft, versão 2001. A utilização desse Programa permitiu a ordenação dos dados de acordo com o objetivo a ser verificado, bem como o cálculo do valor OHIP, em pontos para cada paciente entrevistado, em cada dimensão, e na somatória delas. As pontuações foram obtidas a partir da aplicação do escalonamento Likert em associação com o peso de cada pergunta, conforme preconizaram os idealizadores do instrumento (SLADE & SPENCER, 1994). A cada categoria foi atribuído um valor entre 0 e 5, que era multiplicado pelo peso da questão. A resposta “Sempre” recebeu o maior número de pontos, 5; “Com Frequência”, 4 pontos; “Às Vezes”, 3 pontos; “Raramente”, 2 pontos, “Nunca”, 1 ponto e “Não sei” recebeu o valor 0. Chegou-se à pontuação OHIP de cada dimensão por meio da soma dos valores OHIP das perguntas correspondentes. Na hipótese de

uma dimensão atingir o máximo possível de pontuação OHIP, sua somatória chegaria a 250 pontos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Características da Amostra

Do total da amostra, 27 dos indivíduos entrevistados (54%) eram do sexo feminino e 23 (46%) do sexo masculino.

Apesar da amostra demonstrar uma pequena diferença entre homens e mulheres que se submeteram a procedimentos estéticos, é de conhecimento que as mulheres durante o sorriso possuem a exposição dentária como um agravante. Esta característica parece ser significativamente mais importante para o sexo feminino, que apresenta quase o dobro de exposição dos incisivos centrais superiores e uma quantidade mínima- cerca de 0,5mm - de exposição dos incisivos inferiores. Com o avançar da idade, a exposição dos incisivos inferiores aumenta proporcionalmente, situação que é rejeitada unanimemente sob o ponto de vista estético, predominantemente na faixa etária de 30 a 40 anos (RUFENACH, 1998). Além disso, os modelos de beleza impostos pela sociedade adquirem padrões diferentes para homens e mulheres sendo a aparência física mais importante para as mulheres do que para os homens (FALLON, 1990; ELIAS E DUNNING, 1985). Quando relacionado aos fatores psicossociais, o sexo feminino está associado a maior influência psicológica da estética dental, enquanto o sexo masculino e o avanço da idade estão mais ligados a autoestima (LUKEZ et al., 2014). No decorrer da pesquisa, não foi possível perceber uma diferença significativa em relação as exigências estéticas. Ambos os sexos demonstraram uma preocupação relevante em relação a sua autoimagem.

Como característica etária foi diagnosticado maior frequência de indivíduos considerados adolescentes à adultos jovens, sendo 44% com idades entre 18 a 24 anos, 36% entre 25 a 29 anos, 10% entre 30 a 39 anos e por fim 10% com mais de 40 anos. O estudo Akarslan et al., (2009) vai de encontro com os resultados presentes nesta pesquisa, pois relata no seu trabalho que adolescentes e adultos jovens foram o grupo mais insatisfeito com sua aparência dental e por isso procuram profissionais especializados para melhorar sua autoimagem. Além disso, a adolescência é a fase onde ocorrem alterações

acentuadas de imagem e, conseqüentemente provoca um certo tumulto no senso estético (ALBINO et al., 1982; ALBINO et al., 1984).

Apesar deste trabalho estar relacionado a procedimentos estéticos menos invasivos como coroas e clareamento, quando comparados a grandes reabilitações com próteses, em uma sociedade como a nossa, onde a preocupação com uma boa aparência já é um consenso, a perda de um ou mais dentes implicaria em grandes alterações emocionais e de autoestima. Para a grande maioria dos adolescentes a aparência dentária é relevante e faz com que se sintam importantes, interferindo em seus relacionamentos pessoais e podendo até produzir sentimentos de inferioridade (STRICKER et al., 1979; ELIAS et al., 2001). Já na fase adulta, com a entrada no mercado de trabalho, outras preocupações com a aparência podem surgir, tais como: equidade de oportunidades, prestígio, reconhecimento etc. Há relatos que algumas ocupações consideradas de destaque, ou onde os funcionários são vistos pelo público, estes, devem possuir uma boa estética dental (JENNY & PROSHEK, 1986). Portanto, os achados deste trabalho, podem sugerir um dos motivos da preocupação estética destes entrevistados, já que 34 indivíduos (68%) estão em atividade laboral e apenas 16 (32%) não trabalham. Apesar da faixa etária com intervalo de 30 a mais de 40 anos representarem uma minoria nesta pesquisa, alguns estudos demonstraram que esses indivíduos vêm buscando agressivamente formas de melhorar a aparência dentária, pois permanecem ativos em um mercado de trabalho bastante competitivo (QUALTROUGH & BURKE, 1994; HUNGERFORT, 2000).

Como última característica da amostra, em relação ao estado civil dos pacientes, 22% relataram ser casados e a grande maioria, 78% afirmaram estar solteiros.

5.2. Queixas e procedimentos realizados

Quanto a descrição dos procedimentos realizados, *Facetas de cerâmicas* (23 procedimentos) e *Restaurações estéticas com resina composta, incluindo facetas, restaurações classe IV e regularização de tamanho e forma do dente* (21

procedimentos) foram os com maior frequência entre toda a amostra coletada, porém tratamentos como *Coroa Cerâmica* (3 procedimentos) e *Clareamento* (11 procedimentos) também foram citados pelos entrevistados.

Alguns dos pacientes foram submetidos a mais de um dos procedimentos citados, fato que justifica, muitas vezes, a necessidade de uma abordagem múltipla nos tratamentos estéticos.

De modo geral, as queixas relatadas pelos entrevistados são referentes a forma e/ou tamanho dos dentes, presença de diastema, coloração e a fratura dos dentes anteriores.

Não foi possível definir o percentual das queixas predominantes, pois, por se discorrer de uma questão aberta, muitos indivíduos as definiram de modo leigo ou alegaram mais de uma objeção, inviabilizando o agrupamento das características comuns de insatisfação.

Entretanto, considerando uma maioria com argumentação precisa, estes relataram que eram insatisfeitos com a presença Diastema (7 indivíduos) e/ou irregularidades de tamanho e forma dos seus dentes (22 indivíduos). Estas características são consideradas por Rodrigues et al. (2010) e Al- Johany et al. (2011) como não atrativas em um sorriso.

A coloração dos dentes também possui importante valor estético para os entrevistados, já que 14 indivíduos demonstraram insatisfeitos com a cor de seus dentes. Segundo Feitosa et al. (2009) a cor esbranquiçada dos dentes foi citada como uma das características mais relevantes para a beleza de um sorriso.

Portanto, independente do procedimento a ser realizado, substituição ou restauração de dentes com alterações estética pode aumentar a qualidade de vida dos indivíduos, possibilitar sua reintegração familiar e social, resgatar a cidadania e permitir a manutenção de sua saúde geral, o que, consequentemente, eleva a sua expectativa de vida (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2002).

Autoconsciência pode explicar as diferenças na auto avaliação, como alguns indivíduos são incomodados por pequenas irregularidades, enquanto outros com má oclusão severa pode ser indiferente ou mesmo satisfeito com a sua estética dental. Estas particularidades poderiam explicar por que alguns

indivíduos estão insatisfeitos com sua estética dental antes e após o tratamento, enquanto outros são indiferentes ou satisfeito em qualquer momento (BIRKELAND et al., 1997; KLAGES et al., 2004)

5.3. Dimensões de qualidade de vida

As avaliações a seguir são referentes as dimensões de qualidade de vida. Os tópicos avaliados nas questões referentes ao questionário OHIP seguem o modelo conceitual proposto por Locker (1988), que aborda as condições físicas, em que estão incluídos fatores relacionados à dor e à alimentação; as condições psicológicas, que englobam o comportamento emocional; e as condições de interação social, em que se observam fatores relacionados ao trabalho, à interação social e à rotina diária. Tal abrangência de abordagem é importante e adequada, considerando-se que é perfeitamente possível uma doença produzir impacto em uma ou mais dimensões da vida das pessoas, ou eventualmente, em todas elas (LOCKER, 1988).

Tabela 1. Dimensões OHIP. Florianópolis, 2016 (N=50)

PERGUNTA	DIMENSÃO
Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com seus dentes?	Limitação Funcional
Você sentiu dores em sua boca ou nos dentes?	Dor
Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com seus dentes?	Inabilidade Física
Você se sentiu envergonhada por causa de problemas com seus dentes?	Inabilidade Psicológica
Você teve dificuldades de realizar suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	Inabilidade Social

5.3.1. Dimensão Limitação Funcional

O gráfico 1 corresponde aos percentuais atribuídos a pergunta que avalia a Dimensão Limitação Funcional dos entrevistados

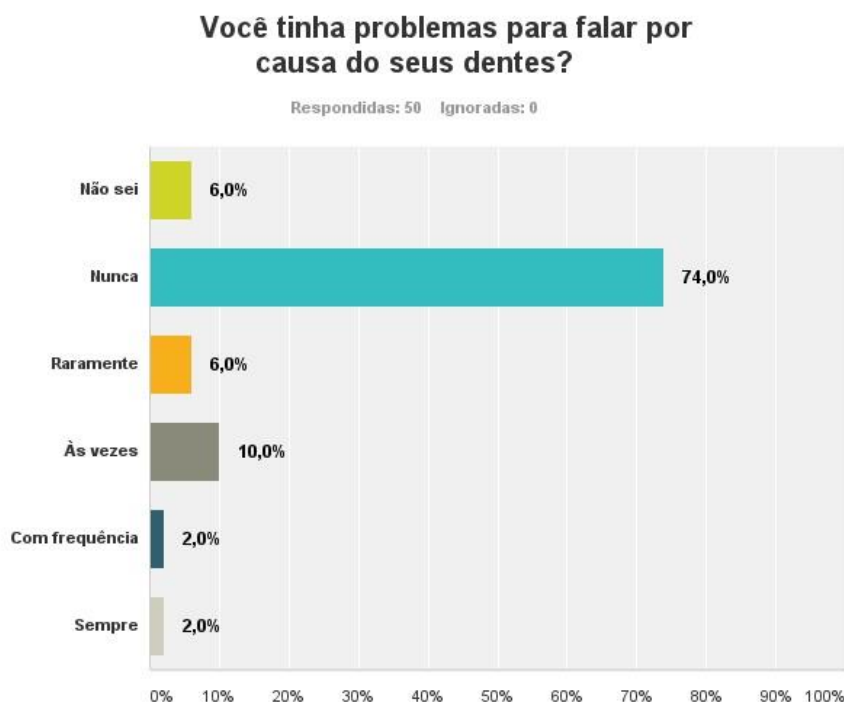


Gráfico 1 - Distribuição do percentual atribuídos a problemas para falar por causa dos seus dentes.

Através da fala é possível comunicar-se com o outro e estabelecer relações sociais sendo o meio de comunicação mais comum e eficaz por constituir a forma que exige menos esforço e ser mais facilmente compreendida pelas pessoas (BEUKELMAN & MIRENDA, 1998).

A maior parte dos entrevistados (74%) relatou “Nunca” ter enfrentado problema para falar devido a alteração estética nos dentes e 6% dos indivíduos não souberam responder a questão. Uma pequena porcentagem (6%) alegou “Raramente” apresentar algum tipo de limitação Funcional relacionada a fala.

Os indivíduos que relataram algum tipo problema na fala através das alternativas “Às vezes” (10%), “Com Frequência” (2%) e “Sempre” (2%), estes possuem, na maioria dos casos, uma limitação relacionada a fatores sociais e psicológicos, fato observado nas declarações dadas no item APÓS O TRATAMENTO:

“...não conseguia falar nem sorrir por vergonha” (E7)

“...não me sentia confortável para falar e sorrir” (E19)

“Olhar no espelho e me sentir bem, sem a vergonha de falar” (E15)

As queixas que foram expostas pelos entrevistados não estavam associadas a problemas funcionais de fala, o que justifica o baixo índice de respostas positivas para esta questão. Porém, algumas alterações citadas neste estudo são encontradas na literatura vinculadas a possíveis desvios de função. A presença de diastema, apesar de não impedir a comunicação, está associada a alterações como: a fala com assobio, maior escape de saliva e anteriorização dos fonemas linguodentais (MARCHESAN, 2004). Entretanto, considerando a estética como um todo, procedimentos reabilitadores extensos que envolvem a perda dentária, como próteses totais, parciais ou implantes são considerados uma saída para o fracasso de um tratamento conservador anteriormente realizado (MENDONÇA, 2001) e pode se constituir em um evento de forte impacto, que além de causar danos funcionais, é capaz de desequilibrar a organização psíquica e social das pessoas (WOLF, 1998).

5.3.2 Dimensão Dor

No que concerne aos percentuais atribuídos a pergunta que avalia a Dimensão DOR, que questiona a existência de “*sensação dolorosa derivada do problema com os dentes*” a maior parte dos entrevistados (78%) relatou “Nunca” ter sentindo dor por causa da alteração estética nos dentes e 2% dos indivíduos

não souberam responder a esta questão. Apenas 8% dos indivíduos declararam que “Raramente” apresentavam algum tipo de dor. – como visualizado no gráfico abaixo.

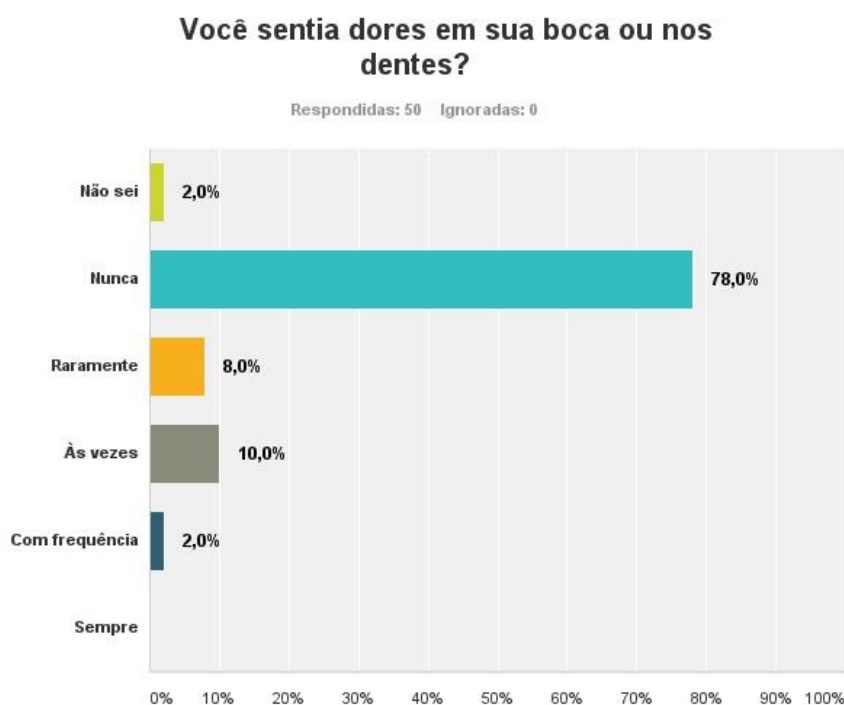


Gráfico 2 - Distribuição do percentual atribuídos a possíveis sensações dolorosa por causa dos seus dentes.

Os indivíduos que “Às vezes” ou “Com Frequência” apresentavam algum tipo de sensação dolorosa, muitas vezes, associavam a dor a outros problemas bucais pré-existent e não a alteração estética, tais como dores derivadas de desajustes protéticos. Porém, indivíduos que se submeteram a tratamento estético em consequência de desgastes advindos do bruxismo, relataram dor e sensibilidade durante as funções do dia a dia ANTES DO TRATAMENTO:

“Não sinto mais ranger os dentes e não sinto dor” (E43)

“...além de não sentir mais dor pois o canal foi tratado” (E47)

“...e na prótese removível inferior machucava” (E20)

A baixa porcentagem de respostas positivas para a Dimensão Dor se fundamenta pelo fato da maioria das alterações antiestéticas avaliadas não estarem associadas na literatura a sensações dolorosas e sim a presença de desconforto no convívio diário com outras pessoas, onde os indivíduos adquirem, muitas vezes, alterações comportamentais que repercutem no seu ajustamento social. (AKARSLAN et al., 2009; DAMASCENO et al., 2002).

Porém, quando a alteração se refere ao desgaste dental derivado de uma parafunção, como o Bruxismo ou apertamento, diferentes sinais e sintomas são observados, tais como dores musculares, fadiga, hipertrofia da musculatura mastigatória, alteração nas estruturas periodontais, cefaleia, e disfunção temporomandibular (DTM). Além disso, o tipo de dor, muscular ou articular, tem relação com a forma de manifestação do bruxismo. A presença de dor muscular é indicativa de apertamento dentário (bruxismo cêntrico), enquanto a dor articular, sugere ranger dentário (bruxismo excêntrico). As sintomatologias relatadas anteriormente não possuem uma influência direta ao desgaste dental. Contudo em alguns casos o bruxismo pode promover um desgaste acentuado e o esmalte dentário pode sofrer degradação total na área do desgaste excessivo. Essa condição deixa a dentina exposta, que é sensível às variações de temperatura) ou mudanças no pH local durante a mastigação, causando dor e/ou sensibilidade (FONSECA e BONFANTE, 2000; SOARES et al., 2004).

Apesar da motivação para o atendimento ser de cunho estético, Wise (1996) e Mori & Cardoso (2002) reportou que a maioria dos pacientes procura atendimento em função da dor, seja ela originada por cárie, fratura de prótese e problemas periodontais, entre outros. Já Conny et al., (1985) afirmaram que o fator estético é preponderante para a busca do tratamento dentário, seguido pela dor e pela incapacidade de mastigação.

5.3.3. Dimensão Inabilidade Física

No que diz respeito à alimentação, 76% dos entrevistados declararam nunca ter sido prejudicada em razão do problema com os seus dentes e 2% não souberam responder à questão. Apenas 3 entrevistados assinalaram a alternativa “Raramente” para essa questão, e isso corresponde a 6% da amostra. Quando os indivíduos, por meio das respostas “Sempre” (2%), “Com Frequência” (4%) e “Às vezes” (10%) evidenciaram alguma dificuldade para se alimentar por causa do problema com os seus dentes, esta limitação Física estava associada a insegurança para se alimentar após o tratamento realizado nos dentes anteriores, evidenciando certa prudência ao morder os alimentos para não danificar a reparação estética. Todavia, a função estética dos dentes é, muitas vezes, considerada mais importante que a função mastigatória (ELIAS & SHEIHAM, 1998).

A amostra selecionada para a pesquisa não apresentou porcentagens relevantes para as dimensões Dor e Limitação Funcional, porém a literatura demonstra que algumas alterações funcionais que envolvem a estética podem gerar desconfortos e limitações aos indivíduos acometidos. O desgaste dental derivado de uma parafunção, além de causar sintomatologia dolorosa, pode dificultar a alimentação, já que a mastigação unilateral nos sujeitos bruxistas ocorria como uma tentativa de evitar o agravamento da dor, ademais, a dor associada a disfunção da ATM e ao desgaste dental está diretamente relacionada as limitações presentes durante a alimentação (SOARES et al., 2004; FELICIO et al., 2007).

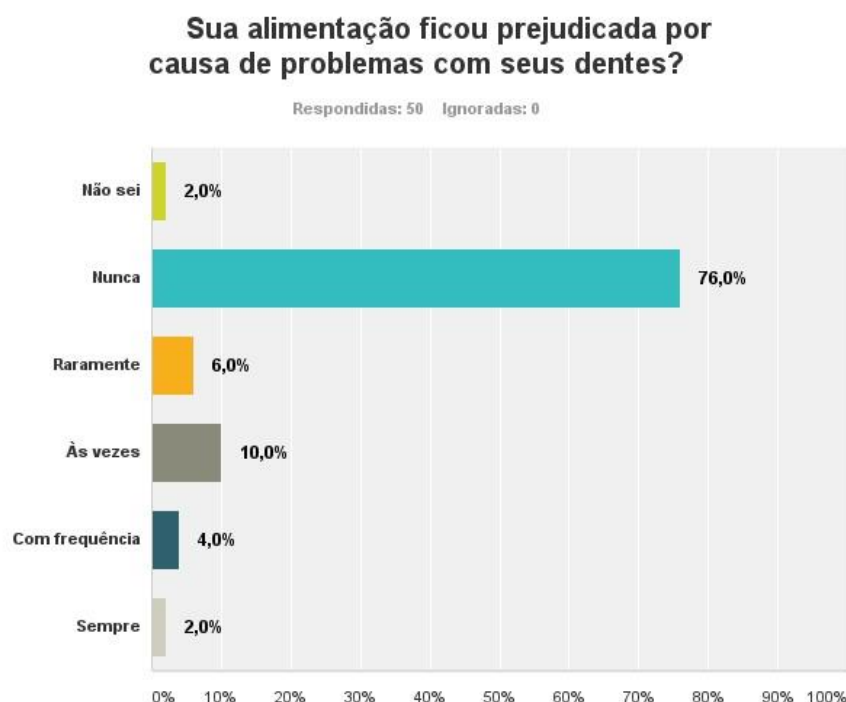


Gráfico 3 - Distribuição do percentual atribuídos a dificuldade de alimentação devido ao problema com os dentes.

Como justificado anteriormente, apesar desta questão estar relacionada ao item ANTES DO TRATAMENTO, alguns indivíduos associaram a resposta a outros períodos e procedimentos realizados, como desajustes protéticos e dificuldades do processo adaptativo após o tratamento restaurador:

“...encontrei dificuldades para me alimentar com os dentes da frente após o tratamento” (E18)

“Inseguro de me alimentar com os dentes da frente” (E16)

“...com a desadaptação da prótese e sobrecarga dos dentes não conseguia me alimentar” (E20)

5.3.4. Dimensão Inabilidade Psicológica

No gráfico 4, é possível avaliar a Dimensão Inabilidade Psicológica, que questiona as possíveis dificuldades de convívio social por se sentir envergonhando em consequência de alguma alteração estética.

Nesta dimensão os indivíduos afetados se sentem constrangidos ao sorrir ou a se comunicar. Uma porcentagem de 26% afirmou “Nunca” ter se sentido limitado psicologicamente em razão do problema com seus dentes e 14% responderam “Raramente” para essa questão.

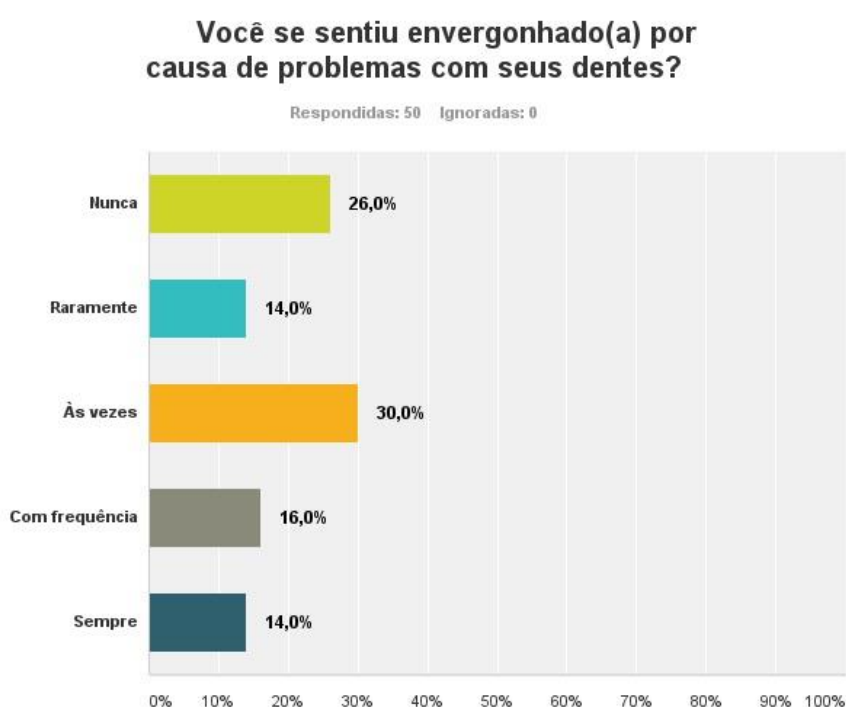


Gráfico 4 – Distribuição do percentual atribuídos a dificuldade de se relacionar por causa dos problemas com seu dente.

Os entrevistados que relataram se sentir envergonhados, através das respostas “Às vezes” (30%), “Com Frequência” (16%) e “Sempre” (14%) declararam mudanças na própria vida após o procedimento estético, demonstrando uma melhor percepção de si quando em contato com o outro:

“Mais segurança ao falar, melhor autoestima” (E6)

“...não tenho mais vergonha de sorrir hoje em dia” (E33)

“Agora posso sorrir à vontade” (E10)

“Levantou muita minha autoestima, me senti muito mais bonita e as pessoas passaram a me elogiar mais, antes eu não gostava muito de sorrir para as fotos, hoje eu faço questão de sorrir” (E21)

“Sinto-me muito mais confortável e descontraída para sorrir; gosto mais de tirar fotos com um sorriso bem aberto” (E26)

“Perdi o medo de sorrir” (E27)

“Mudou completamente minha autoestima” (E36)

A Inabilidade Psicológica está associada a percepção que o indivíduo possui de si e o modo com que se sente diante do outro. Estudos demonstram que pessoas mais belas são melhores aceitas e este fato faz com que haja facilitação durante a interação social. Apesar das alterações estéticas avaliadas serem muitas vezes consideradas pela sociedade passíveis de se conviver, os indivíduos que as possuem adquirem uma autoimagem negativa de si, ao contrário de pessoas satisfeitas com a sua aparência, que tendem a ser menos vitimadas pela depressão, pela solidão e pela futilidade (GOLDSTEIN, 2000; RUFENACH, 1998; JACOBSON, 1984).

Entre todas as perguntas do instrumento aplicado (OHIP), a que provocou as respostas mais dramáticas é sobre o paciente se sentir envergonhado por causa dos problemas com sua boca— dimensão Inabilidade Psicológica -, o que corrobora o resultado de outras pesquisas que abordam a dificuldade de aceitação e o sentimento de humilhação que envolve uma pessoa com alterações estéticas (FERREIRA et al., 2006; FISKE et al., 1998; JONES et al., 2003). Outros trabalhos encontrados na literatura revelaram que os motivos que

levam os pacientes a buscarem a reabilitação estética odontológica estão ligados a autoimagem, à vaidade, a insegurança, a aceitação intelectual e social e os benefícios biológicos, fatores que são encontrados nesta pesquisa. (CHAIN et al., 2000; LIMBERTE, 2003).

A porcentagem elevada de entrevistados que demonstraram possuir impacto psicossocial advindo da insatisfação estética com seus dentes reforça descobertas de outros estudos que relacionaram a redução significativa da prevalência do impacto psicossocial após o procedimento restaurador (SANTA-ROSA et al., 2003).

5.3.5. Dimensão Inabilidade Social

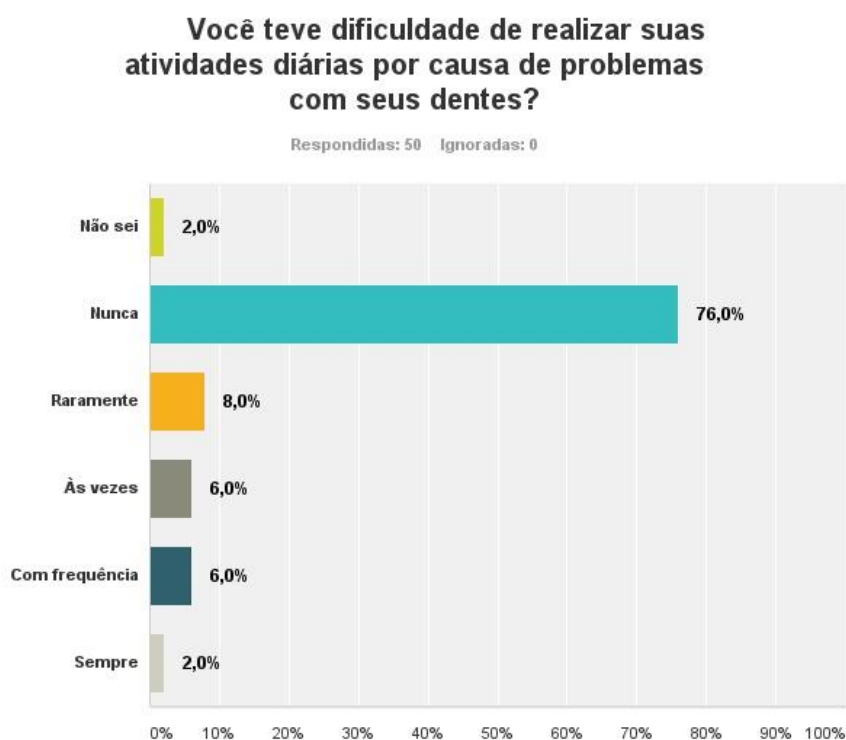


Gráfico 5 – Distribuição do percentual atribuídos a dificuldade de realizar atividades diárias por causa de problemas com seus dentes.

A última grandeza avaliada no formulário se trata da dimensão Inabilidade Social (Gráfico 6), que se refere a presença de limitação de suas atividades

diárias em virtude do problema estético com seus dentes. Uma maioria de 76% exibiu “Nunca” ter se sentindo incapacitado de realizar suas atividades diárias, 2% não souberam responder à questão e 8% afirmou “Raramente”.

As alternativas “Às vezes” e “Com Frequência” obtiveram 6% da frequência de resposta e apenas 2% dos entrevistados assinalaram “Sempre”.

As alterações estéticas encontradas neste estudo, não são relatadas na literatura como incapacitantes, e por isso, as porcentagens relacionadas a esta dimensão demonstraram, de modo geral, que os entrevistados não são incapazes de realizar suas atividades diárias. Entretanto, a aparência tem se tornado fator de extrema relevância para as relações sociais, e um sorriso bonito, com a presença de dentes brancos, interfere na autoestima da pessoa, onde aqueles que não os tem se sentem excluídos (CARVALHO, 2001).

Sendo assim, a questão referente a influência da opinião do outro sobre sua imagem, se torna importante para este trabalho, já que, quando questionados, 34% dos entrevistados transmitiu se importar e fundamentou através dos depoimentos a seguir:

“...não gostaria que as pessoas me vissem nessa situação” (E7)

“Difícilmente uma pessoa fica inerte diante de uma opinião sobre sua aparência” (E27)

“Me importo muito com a opinião alheia” (E30)



Gráfico 6 – Distribuição do percentual atribuídos a influência da opinião do outro sobre a própria aparência.

Ainda assim, durante a entrevista, 66% emitiram não se importar com a opinião do outro. Entretanto, grande parte dos indivíduos através da pergunta aberta concernente “*ao que as pessoas disseram a respeito do tratamento finalizado*”, responderam à questão atribuindo valor emocional e afetivo aos elogios recebidos:

“Disseram que meu sorriso ficou muito lindo. Lembro de um comentário específico, como fiz o tratamento nas vésperas do carnaval, um amigo falou que 'com esse sorriso iria arrasar no carnaval'. Faz bem receber um elogio” (E3)

“Falaram que fiquei ainda mais linda, que meus dentes ficaram perfeitos, que meu sorriso é lindo e a diferença que deu” (E21)

“Meu marido adorou e os mais próximos também acharam bonito” (E20)

A dimensão Inabilidade psicológica (139) recebeu a maior pontuação no questionário OHIP, seguido de Inabilidade Física (72), Social (72), Dor (67) e Limitação Funcional (67) – como visualizado no gráfico 5.



Gráfico 7 – Total de Pontos por Dimensão do Questionário Oral Health Profile.

Mesmo nos pacientes cujas pontuações OHIP foram menores, o que indica menor percepção do impacto da condição bucal na sua qualidade de vida, a questão da vergonha é bastante ressaltada. Sob o ponto de vista subjetivo, já se verificou que a perda de elementos localizados mais posteriormente na boca tem pouco ou nenhum impacto na vida das pessoas, diferentemente da perda de dentes anteriores, que motiva as pessoas a buscar tratamento para substituição deles (ELIAS & SHEIHAM, 1998).

5.4. Percepções sobre o Tratamento

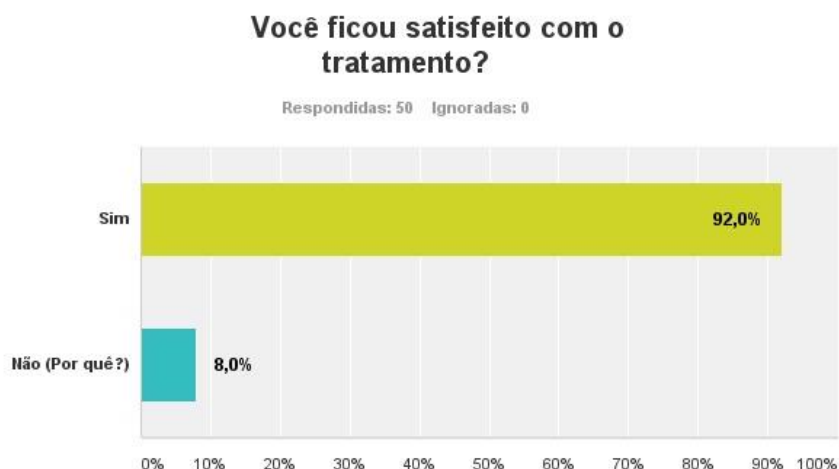


Gráfico 8 – Distribuição do percentual atribuídos a satisfação dos entrevistados com o procedimento realizado.

A respeito da satisfação do procedimento estético realizado, 92% dos entrevistados demonstraram satisfeitos e apenas 8% relataram estar insatisfeitos. Entretanto alguns indivíduos que optaram pela resposta negativa, justificaram a questão demonstrando satisfação com o procedimento, como visto a seguir:

“Minha “alta estima” melhorou e me sinto mais confiante” (E4)

“Muito feliz “ (E23)

Os demais entrevistados que afirmaram estar insatisfeitos com o tratamento justificaram relatando que o procedimento ainda não foi finalizado ou que deseja realizar outros procedimentos para completa satisfação.

Além disso, quando questionados sobre o desejo de ter uma aparência diferente da atual, 9 entrevistados responderam positivamente a esta questão, relatando desejar “dentes ainda mais claros”, “ser mais bonito”, “melhorar os dentes inferiores” e “melhor alinhamento dos dentes”.

A relação de insatisfação encontrada no estudo de Akarslan et al., (2009) é semelhante as características deste trabalho, onde a idade que teve um maior efeito sobre a insatisfação com a cor do dente está entre adolescentes e adultos jovens, com idades compreendidas entre 19 e 39 anos comparados as taxas de insatisfação de pacientes de 40 anos ou mais.

No que diz respeito ao alinhamento dos dentes, tem havido um crescente interesse pelo impacto da má oclusão sobre o bem-estar psicossocial, uma vez que a aparência estética desempenha um papel importante nas interações sociais. É importante associar a insatisfação do paciente as suas expectativas porque nem sempre coincidem com a percepção do paciente, e a aplicação de questionários para avaliar os desejos subjetivos de um indivíduo parece auxiliar na confecção de um plano de tratamento adequado (SHAW et al., 1980).

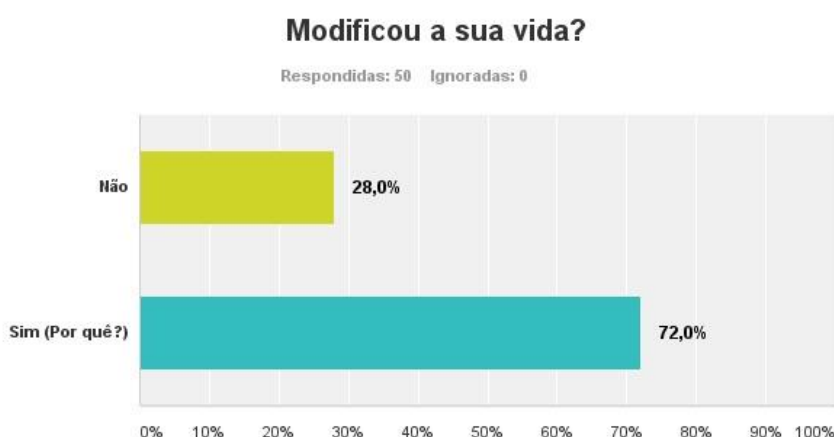


Gráfico 9 – Distribuição do percentual atribuídos a modificação na própria vida após o procedimento.

Quando os entrevistados foram questionados sobre possíveis modificações na própria vida, as justificativas dos 72% de indivíduos que responderam positivamente tinham discursos muito semelhantes. Todas as colocações remeteram a posicionamentos envolvendo aspectos estéticos sociais e psicológicos.

“Porque meu dente voltou a ser parecido como era antes” (E5)

“Como eu não gostava dos meus dentes amarelados, fazer o procedimento foi uma realização pessoal. Me senti mais satisfeita com a aparência dos meus dentes” (E12)

“Sinto-me muito mais confortável e descontraída para sorrir; gosto mais de tirar fotos com um sorriso bem aberto” (E26)

“Perdi o medo de sorrir” (E27)

“Me sinto mais bonita e autoconfiante” (E39)

“Sorriso mais bonito, levanta a autoestima” (E34)

A satisfação pessoal foi diversas vezes relatada, além da confiança e auto estima restabelecidos após o procedimento.

Além disso, alguns entrevistados alegaram não se considerar feliz (2%), por razões financeiras e físicas.

Em relação a saúde dos pacientes, 95,9% afirmaram não possuir nenhuma doença sistêmica ou de cunho psicológico e apenas 4,1% disseram possuir alterações respiratórias e sistêmicas como asma, bronquite, alergias diversas, arritmia e problema no fígado, não sendo especificado a gravidade de nenhuma delas.

No que diz respeito ao período de espera para o procedimento estético ser realizado, a maior parte dos entrevistados relataram aguardar alguns meses para iniciar o tratamento desde a primeira procura por atendimento, com algumas exceções de indivíduos que esperaram um período de 1 a 4 anos.

Como relatado no decorrer deste trabalho, a auto estima pode ser afetada pela condição precária de saúde bucal do indivíduo, principalmente por problemas que prejudiquem a sua estética, como perda ou alteração dental anterior. Tal situação pode prejudicar as relações psico afetivas e levar as pessoas a uma relação de isolamento e depressão.

Sendo assim, procurar restituir a auto estima abalada, ou mesmo perdida, significa oferecer aos indivíduos, desprovidos de uma boa condição de saúde e estética bucal, um tratamento reabilitador digno, que lhes proporcione bem-estar e lhes permita falar, sorrir, reintegrar-se ao convívio social e, enfim, viver em harmonia com o contexto a sua volta.

6. CONCLUSÃO

Diante das limitações do presente estudos. verificou-se, que a presença de alterações estéticas dentais pouco interfere na capacidade delas realizarem suas atividades diárias e de se inter-relacionarem no meio em que vivem, embora provoquem impacto negativo na dimensão de qualidade de vida relacionada a Inabilidade Psicológica.

Essas informações são importantes para uma adequada capacitação dos profissionais responsáveis pela atenção aos pacientes que têm de viver com alterações estéticas, dos dentes. É essencial que os aspectos psicológicos e as questões subjetivas que envolvem cada situação sejam considerados tão importantes assim como a técnica restauradora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKARSLAN, ZZ et al. Dental esthetic satisfaction, received and desired dental treatments for improvement of esthetics. **J dent res.** Turkey, p. 195-200. set. 2009.

ALBINO JE, TEDESCO LA, CONNY DJ. Patient perceptions of dental-facial esthetics: Shared concerns in orthodontics prosthodontics. **J Prosthet Dent** 1984; 52:9-13.

ALBINO JE, TEDESCO LA, PHIPPS GT. Social and psychological problems of adolescence and their relevance to dental care. **Int Dent J** 1982;32: 184-93.

AL-JOHANY, S. S.; ALQAHTANI, A. S.; ALQAHTANI, F. Y.; ALZAHIRANI, A. H. Evaluation of Different Esthetic Smile Criteria. **Int. J. of Prosthodont.**, v.24, n.1, p.64-70, 2011.

ANWEIGI, Lamyia; ALLEN, P. Finbarr; ZIADA, Hassan. Impact of resin bonded bridgework on quality of life of patients with hypodontia. **Journal Of Dentistry**, [s.l.], v. 41, n. 8, p.683-688, ago. 2013.

ASSUMPÇÃO JR., F.B.; KUCZYNSKI, E.; SPROVIERI, M.H.; ARANHA, E.M.G. Escala de avaliação de qualidade de vida: (AUQEI - Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé) validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. **Arq Neuropsiquiatr**, v.58, p.119-27, 2000

BEUKELMAN, D R. & MIRENDA P. Augmentative and Alternative Communication: management of severe communication disorders in children and adults (2ª ed.). Pennsylvania: Paul H. Brookes Publication Co.

BEDER, OE. Esthetics – an enigma. **J Prosthet Dent** 1971; 25:588-91

BIRKELAND L; BOE OE; WISTH PJ. Subjective assessment of dental and psychosocial effects of orthodontic treatment. **J Orofac Orthop**. 1997 Feb;58(1):44–61.

BREECE, GL; NIEBERG LG. Motivations for adult orthodontic treatment. **J Clin Orthod** 1986; 20:166-71.

BRUNETTI RF, MONTENEGRO FLB. Odontogeriatrics: notions of interest clinical. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p. 29-60.

CARVALHO, C. Redescobrimos o sorriso. **Rev Bras Odontol**, v.58, n.6, p.396-399, nov/dez.2001

CAVALCANTI, R.C. Adolescência. In: VITELLO, N. et al. Adolescência hoje. São Paulo: Roca, 1988. p. 5-27.

CHAIN MC; RODRIGUES CC; ANDRIANI O. Estética: dominando os desejos e controlando as expectativas. In: Cardozo RJ, Gonçalves EAN. Estética: odontologia arte ciência técnica. São Paulo: Artes Médicas; 2000. p. 43-9.

CONNY DJ; TEDESCO LA; BREWER JD; ALBINO. Changes of attitude in fixed prosthodontic patients. **J Prosthet Dent** 1985; 53:451-4.

CURY, A. J. A ditadura da beleza e a revolução das mulheres. Rio de Janeiro: Sextante, 2005.

DAMASCENO, L.M.; MARASSI, C.S.; RAMOS, M.E.B.; SOUZA, I.P.R.S. Alterações no comportamento infantil decorrente da perda de dentes anteriores: relato de caso. **Rev Bras Odontol**, v.59, n.3, p.193-196, mai-jun, 2002.

ELIAS, M.S.; CANO, M.A.T.; MESTRINER JR. W.; FERRIANI, M.G.C. A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do

município de Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.1, p. 88-95, jan. 2001.

ELIAS, N; DUNNING E. A Busca da excitação. Lisboa: Difel (1985)

ELIAS AC; SHEIHAM A. The relationship between satisfaction with mouth and number and position of teeth. **J Oral Rehabil** 1998;25(9):649-61

FALLON, A. Culture in the mirror. Socioculture determinants of Body Image. in: T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds). Body Images, Development Deviance and Change. New York, 1990 Guilford Press.

FEITOSA, D. A. S.; DANTAS, D. C. R. E.; GUÊNES, G. M. T.; RIBEIRO, A. I. A. M.; CAVALCANTI, A. L.; BRAZ, R. Percepção de pacientes e acadêmicos de odontologia sobre estética facial e dentária. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo**, Passo Fundo, v. 14, n. 1, p.23-26, 2009.

FELÍCIO, C.M.; MELCHIOR, M.O.; SILVA, M.A.M.R.; CELEGHINI, R.M.S. Desempenho mastigatório em adultos relacionado com a desordem temporomandibular e com a oclusão. **Revista de Atualização Científica Pró-Fono. Barueri**, v. 19, n. 2, p. 151-158, 2007.

FERREIRA AAA; PIUVEZAM G; WERNER CWA; ALVES MSCF. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. *Ciênc saúde coletiva* 2006; 11(1):211-218

FISKE K; DAVIS DM; FRANCÊS C; GELBIER. The emotional effects of tooth loss in edentulous people. **Br Dent J** 1998;184(2):90-3.

FONSECA, D.M.; BONFANTE, G. Reabilitação oral com over P.R. (Overdenture): utilização da P.P.R. no restabelecimento da dimensão vertical de

oclusão. **Revista Gaúcha de Odontologia**. Porto Alegre, v. 48, n. 20, p. 87-89, 2000.

GOLDSTEIN RE. **Estética em odontologia** Trad. Maria de Lourdes Gianini. 2ªed. S. Paulo: Editora Santos; 2000. P. 3-15

HUNGEFORT, M. Conceitos de estética dental – A beleza está nos olhos de quem vê. In: Goldstein RE. **A Estética em odontologia**. Trad. De Maria de Lourdes Gianini. São Paulo: Editora Santos, 2000, cap.1 p. 3-15.

INOUE, L.T. et al. Psicanálise e odontologia: uma trajetória em construção. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo, v.18, n.1, p.87-92, jan- abr, 2006.

JACOBSON, A. Psychological of dentofacial esthetics and orthognathic surgery. *Angle Orthod.* v.54, p.18-34, 1984.

JENNY J; PROSHEK JM. Visibility and prestige of occupations and the importance of dental appearance. **J Can Dent Assoc** 1986; 52:987-8.

JONES JA; OMER MB; SPIRO A; KRESSIN NR. Tooth loss and dentures: patient's perspectives. *Int Dent J* 2003;53(5):327-34.

KLAGES U; BRUCKNER A; ZENTNER A. Dental aesthetics, self-awareness, and oral health-related quality of life in young adults. **Eur J Orthod.** 2004 Oct;26(5):507–514.

LACERDA, J.T. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida (Tese de doutorado). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2005.

LIMBERT MS. A era de ouro da odontologia. In: Limberte MS, Montenegro JR. Estética do sorriso—arte e ciência. São Paulo; Editora Santos: 2003. cap.19, p. 291-2.

LOCKER D, Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health* 1988;5(1):5-13.

LUKEZ, A. et al. The unique contribution of elements of smile aesthetics to psychosocial well-being. **J Oral Rehabil**, [s.l.], v. 42, n. 4, p.275-281, 23 out. 2014.

MARCHESAN, I. Q. Alterações de fala de origem musculoesquelética. In.: FERREIRA, L. P.; BEFI-LOPES, D. M.; LIMONGI,. C. O. Tratado de fonoaudiologia. São Paulo: Roca, 2004. cap. 25, p. 292-303

MARQUEZIN, M, et al. Aesthetic and Functional Rehabilitation of the Primary Dentition Affected by Amelogenesis Imperfecta. *Case Reports In Dentistry*, [s.l.], v. 2015, p.1-6, 2015.

McGRATH, C.; BRODER, H.; WILSON-GENDERSON, M. Assessing the impact of oral health on the life quality of children: implications for research and practice. *Community Dent Oral Epidemiol*, v.32, p.81-5, 2004.

MEANEY, S. et al. The impact of hypodontia: a qualitative study on the experiences of patients. **The European Journal Of Orthodontics**, [s.l.], v. 34, n. 5, p.547-552, 21 jun. 2011.

MELLO, A.L.S.F.; MOYSÉS, S.J.; CASTRO, R.G. Cuidado dirigido à saúde bucal: significados atribuídos por cuidados de idosos. *Cienc Cuid Saúde*, v.8, n.1, p.27-33, jan/mar. 2009.

MENDONÇA MT. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. *Cad Saude Publica* 2001;17(6):1545-47

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS.P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p.7- 18, 2000.

MORI, ATM; CARDOSO, HF. Estética dentária: visão de pacientes e de profissionais em relação à Odontologia. **Rev Paul Odontol** 2002; 24:26-30.

OLIVEIRA, O. de et al. Esthetic dental anomalies as motive for bullying in schoolchildren. **European Journal Of Dentistry**, [s.l.], v. 8, n. 1, p.124-128, 2014.

OTTA E; OBORA C; BONILHA R; AKAMINE C; BORTOLETTO AC AC, PEDRAZZOLI NETO M. Sorriso em bebês: reação à face humana e a vários tipos de degradações deste estímulo. **Rev Bras Crescimento Desenvol Hum** 1992; 2:117-26.

PAL, D.K. Quality of life assessment in children: a review of conceptual and methodological issues in multidimensional health status measures. **J Epidemiol Community Health**, v.50, p.391-6, 1996.

QUALTROUGH AJE, BURKE FJT. A look at dental esthetics *Quintessence Int* 1994; 25:7-14.

RODRIGUES, C. D. T.; LOFFREDO, L. C. M.; CANDIDO, M. S. M.; OLIVEIRA JÚNIOR, O. B. Influência de variações das normas estéticas na atratividade do sorriso. **Rev. Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, v.58, n.3, p.307-311, 2010.

RUFENACHT, C. R. Normas Estéticas Estruturais. In *Fundamentos de Estética*. 1.ed. São Paulo: Quintessence, 1998. p.67-133.

SANTA-ROSA, Thalita Thyrza et al. Impact of aesthetic restorative treatment on anterior teeth with fluorosis among residents of an endemic area in Brazil: intervention study. *Bmc Oral Health*, [s.l.], v. 14, n. 1, p.52-59, 2014.

SEVENHUYSEN, G.P.; TRUMBLE-WADDELL, J. A new perspective on quality of life. *J Clin Epidemiol*, v.50, p.231-2, 1997.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*, v.20, p.580-8, 2004.

SHAW WC; MEEK SC; JONES DS. Nicknames, teasing, harassment and the salience of dental features among school children. *Br J Orthod*. 1980 Apr;7(2):75–80.

SHEETS, C.G.; LEVINSON, N. Psychodynamic factors contributing to esthetic dental failures. *Compend Contin Educ Dent*. v. 14, p.1610-20, 1993.

SLADE GD, SPENCER AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dent Health* 1994; 11(1):3-11.

SLADE GD, HOSKIN GW, SPENCER AJ. Trends and fluctuation in the impact of oral conditions among older adults during a one year period. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24(5):317-321.

SOARES, I.S.Q.; MIRANDA, A.F.V.; ASSENCIO-FERREIRA, V.J.; DI NINNO, C.Q.M.S. Bruxismo: desempenho da mastigação em adultos jovens. *Revista CEFAC*. São Paulo, v. 6, n. 4, p. 358-362, 2004.

STRICKER G; CLIFFORT E; COHEN, COHEN LK; GIDDON DB; MESKIN LH; EVANS CA. Psychosocial aspects of craniofacial disfigurement. *Am J Orthod* 1979; 76:410-422.

VILAÇA, N.; GÓES. Historia da beleza. Rio de Janeiro: Ediouro, 2006. 1998.

WALLANDER, J.L.; SCHMITT, M.; KOOT, H.M. Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments, and applications. **J Clin Psychol**, v.57, p.571-85, 2001.

WHITTINGTON BR, DURWARD CS 1996 Survey of anomalies in primary teeth and their correlation with the permanent dentition . **New Zealand Dental Journal**, 92: p. 4 – 8.

WHOQOL. World Health Organization. Measuring Quality of Life. The World Health Organization quality of life instruments. Geneva: World Health Organization; 1997.

WISE MD. Failure in the restored dentition: management and treatment. London: Quintessence; 1996. cap. 1, p. 13-28.

WOLF, SMR. O significado da perda dos dentes em sujeitos adultos. **Rev Assoc Paul Cir Dent** 1998;52(4):307-15.

APÊNDICE I - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estética dental e saúde

Pesquisador: Renata Gondo Machado

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55820416.0.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.553.190

Apresentação do Projeto:

"Estética dental e saúde". Este estudo tem como objetivo avaliar o impacto dos procedimentos restauradores estéticos na saúde e qualidade de vida de usuários da Clínica Odontológica da Universidade Federal de Santa Catarina.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a influência da estética na saúde e qualidade de vida de pacientes submetidos a procedimentos restauradores estéticos.

Objetivo Secundário:

Avaliar a influência da estética sobre a qualidade de vida dos pacientes submetidos a procedimentos estéticos ligados a dentística, abrangendo as dimensões do questionário que será aplicado, que são elas: Limitação Funcional Dor Desconforto Psicológico Inabilidade Física Inabilidade Psicológica Inabilidade Social Incapacidade

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

- Como um participante voluntário você não terá nenhum pagamento e/ou despesa referente à sua participação no estudo.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6284 **E-mail:** cep.gropesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.559.190

- Poderá ocorrer cansaço ou aborrecimento ao responder ao questionário.
- Há o risco de vazamento de informações.
- O vazamento de informações, ainda que involuntário e não intencional, pode ter consequências sobre a imagem e a vida profissional do participante.
- Haverá garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Benefícios:

- Você estará contribuindo para a compreensão do grau de importância da estética dental na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.
- Monitoramento dos procedimentos odontológicos realizados na Clínica Odontológica da Universidade Federal de Santa Catarina

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata o presente de um projeto de pesquisa de Renata Gondo Machado do Curso de Odontologia da UFSC e visa avaliar o impacto dos procedimentos restauradores estéticos na saúde e qualidade de vida de usuários da Clínica Odontológica da Universidade Federal de Santa Catarina. Serão selecionados 50 pacientes que foram submetidos a procedimentos

restauradores estéticos nos últimos 12 meses. A pesquisa será realizada através de um questionário simplificado do Oral Health Impact Profile (OHIP14), que vem sendo bastante utilizado para indicar os aspectos da qualidade de vida mais afetados pelo estado de saúde bucal e é um forte aliado no estabelecimento de melhores abordagens para atendimento integral ao paciente. O questionário será constituído de perguntas que abrangem as seguintes dimensões: Limitação Funcional, Dor, Desconforto Psicológico, Inabilidade Física, Inabilidade Psicológica, Inabilidade Social e Incapacidade. As entrevistas serão realizadas individualmente. O estudo tem relevância, a documentação está completa e TCLE apresentado cumpre na íntegra a Resolução CNS nº466/12 e normas complementares. Assim, recomendamos a sua aprovação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentação completa.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram detectadas pendências ou inadequações neste projeto.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC**



Continuação do Parecer: 1.559.190

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_686099.pdf	05/05/2016 21:02:39		Aceito
Outros	questionario.pdf	05/05/2016 21:01:10	Renata Gondo Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	05/05/2016 21:00:48	Renata Gondo Machado	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	05/05/2016 21:00:35	Renata Gondo Machado	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao.pdf	05/05/2016 20:59:10	Renata Gondo Machado	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	05/05/2016 20:58:02	Renata Gondo Machado	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 24 de Maio de 2016

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

APÊNDICE II – Termo de consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) participante _____,
você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **“ESTÉTICA DENTAL E SAÚDE ”**.

I. Título da Pesquisa: “ESTÉTICA DENTAL E SAÚDE ”.

Esta pesquisa está vinculada a Universidade Federal de Santa Catarina, tendo sido submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

II. Pesquisador responsável:

- *Profa. Dra. Renata Gondo Machado*

Telefone: (48) 3721-9880

Email: gondorenata@gmail.com

III. Justificativa

A pesquisa **“ESTÉTICA DENTAL E SAÚDE ”**.

- Irá analisar a influência da estética dental na saúde e qualidade de vida de pacientes submetidos a procedimentos ligados a dentística. Para isso, será aplicado, através de consulta clínica ou formulário on-line, um questionário para pacientes submetidos à tratamento odontológico estético por diversos profissionais da área que estão vinculados a Universidade Federal de Santa-UFSC, Florianópolis-SC.

- Sua participação consiste em responder 17 perguntas e realizar um depoimento sobre sua percepção do tratamento. O questionário será breve e poderá ser respondido de forma rápida, não ultrapassando 10 minutos.

IV. Riscos e desconfortos

- Como um participante voluntário você não terá nenhum pagamento e/ou despesa referente à sua participação no estudo.
- Poderá ocorrer cansaço ou aborrecimento ao responder ao questionário.
- Há o risco de vazamento de informações.
- O vazamento de informações, ainda que involuntário e não intencional, pode ter conseqüências sobre a imagem e a vida profissional do participante.
- Haverá garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

V. Benefícios

- Você estará contribuindo para a compreensão do grau de importância da estética dental na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

VI. Esclarecimentos

- Você poderá solicitar informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa em qualquer momento com os pesquisadores responsáveis (Item II).
- Os resultados positivos ou negativos somente poderão ser obtidos após a realização da pesquisa.

VII. Sigilo

- Será garantido seu anonimato e o sigilo das informações, além da utilização dos resultados exclusivamente para fins científicos.
- Os resultados poderão ser apresentados em encontros e revistas científicas, sem revelar o seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.
- Entretanto, sempre existe a possibilidade remota da quebra de sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas conseqüências serão tratadas nos termos da lei.

VIII. Liberdade de recusar ou retirar o consentimento

- Sua participação não é obrigatória, podendo retirar-se do estudo ou não permitir a utilização dos dados em qualquer momento da pesquisa, sem necessidade de

qualquer justificativa. Nesse caso, informar aos pesquisadores responsáveis através dos contatos fornecidos no item II.

Esta pesquisa atende a Resolução CNS 466/2012 e o projeto conta com a aprovação do CEP SH/UFSC. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo CEP SH/UFSC foi redigido em duas vias, que deverão ser rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, assim como pelos pesquisadores responsáveis. Uma via será destinada ao participante do estudo e a outra via aos pesquisadores responsáveis.

Por gentileza, qualquer dúvida entrar em contato com os pesquisadores responsáveis (item II) e/ou com o CEP SH /UFSC.

CEPSH/UFSC

Endereço: Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC CEP 88.040-400– Florianópolis SC

Telefone: (48) 3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Atenciosamente,

Renata Gondo Machado

Município __/__/__

Eu, _____, como participante da pesquisa, afirmo que fui devidamente informado e esclarecido sobre a finalidade e objetivos desta pesquisa, bem como sobre a utilização das informações sigilosas e exclusivamente para fins científicos. Meu nome não será divulgado e terei a opção de retirar meu consentimento a qualquer momento. Não receberei nenhuma remuneração e não terei nenhum ônus financeiro em função do meu consentimento espontâneo. Concordo, por livre e espontânea vontade, em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido.

Nome e assinatura do participante

Município __/__/__

APÊNDICE III – Documento Explicativo



Florianópolis, _____ de _____ de _____

Prezado(a) _____

Sou a Gabriela Prado da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e estou realizando uma pesquisa relacionada a influência da estética na qualidade de vida dos pacientes que receberam tratamentos ligados a dentística.

Recebi o seu contato através do(a) _____ e gostaria muito de contar com a sua participação.

A pesquisa consiste em um questionário que avalia a sua percepção em relação ao tratamento realizado. Ao dar seguimento declara estar de acordo com os termos de consentimento, contidos no formulário que segue, e finalidades da conclusão desse estudo.

O questionário pode ser respondido on line através deste link:

Link: <https://pt.surveymonkey.com/r/RQXJTPB>

Agradeço desde já por sua participação e caso tenha alguma dúvida, estarei à disposição.

Atenciosamente, Gabriela Prado Martins

Graduanda em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina
Telefone: (48) 9683 – 4436
E-mail: gabrielapradomartins@gmail.com

APÊNDICE IV – Instrumento de Coleta de Dados**QUESTIONÁRIO**

Nome: _____

Data de nascimento: _____ Gênero: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Situação laboral: () em atividade () Não trabalha () Aposentado (a)

Situação civil: _____

ANTES DO TRATAMENTO1. Qual era a queixa principal ?
_____2. Você tinha problemas para falar alguma palavra por causa dos seus dentes ?
() Não sei () Nunca () Raramente () Às vezes () Com frequência () Sempre3. Você sentia dores em sua boca ou nos dentes?
() Não sei () Nunca () Raramente () Às vezes () Com frequência () Sempre4. Você se sentiu estressado (a) por causa de problemas com seus dentes ?
() Não sei () Nunca () Raramente () Às vezes () Com frequência () Sempre5. Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com seus dentes ?
() Não sei () Nunca () Raramente () Às vezes () Com frequência () Sempre6. Você se sentiu envergonhado (a) por causa de problemas com seus dentes?
() Não sei () Nunca () Raramente () Às vezes () Com frequência () Sempre7. Você teve dificuldades de realizar suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes ?
() Não sei () Nunca () Raramente () Às vezes () Com frequência () Sempre**APÓS TRATAMENTO RES TAURADOR**8. Qual foi o procedimento restaurador realizado ?

9. Há quanto tempo foi realizado o tratamento?

10. Você ficou satisfeito com o tratamento ?

() SIM () NÃO Por quê ? _____

11. Modificou sua vida ?

() SIM () NÃO Por quê ? _____

12. Tem problema de saúde ?

() SIM () NÃO Qual ? _____

8. Gostaria de ter uma aparência diferente?

() SIM Por quê ? _____ () NÃO

9. Considera-se feliz ?

() SIM () NÃO Por quê? _____

10. Sente segurança em suas atitudes ?

() SIM () NÃO Por quê? _____

11. A opinião do outro sobre sua aparência tem influencia sobre você ?

() SIM () NÃO Por quê? _____

12. Considera-se bem sucedido ?

() SIM () NÃO Por quê? _____

13. O que melhorou sua vida depois do tratamento?

14. O que as pessoas disseram?

15. Como é que foi a adaptação? Foi fácil ou foi difícil?

16. Quais as dificuldades que você encontrou?

17. Por quanto tempo esperou pelo tratamento?
